

TRABAJO DE FIN DE GRADO

“Programa de Intervención para el Tratamiento de un Consumo Abusivo de Alcohol y
Cocaína en Mujeres que Ejercen la Prostitución”

“Intervention Programme for the Treatment of Alcohol and Cocaine Abuse among
Women Sex Workers”

Autor/es

Alexandra Calin

Director/es

María Pilar García Pardo

Año Académico: 2021-2022

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel

Grado en Psicología

Índice

Resumen	3
Abstract	3
Marco teórico.....	4
Prostitución	4
Consumo abusivo de sustancias: alcohol y cocaína	7
Alcohol	9
Cocaína	10
Justificación.....	11
Objetivos	11
Método	12
Participantes	12
Instrumentos	13
Procedimiento.....	13
Diseño de las sesiones	14
Recursos	14
Evaluación.....	28
Resultados esperados	28
Conclusión.....	28
Bibliografía.....	30
Anexos.....	32

Resumen

Las drogas como el alcohol y la cocaína son consumidas mundialmente entre las personas de todas las edades y también se encuentran muy presentes en el mundo de la prostitución. En este caso se consumen como método para aliviar los problemas y aguantar de alguna manera la labor que ejercen. El siguiente trabajo abarca un programa de intervención diseñado para las mujeres que ejercen la prostitución con el propósito de que abandonen el consumo de drogas. En el programa participan 15 mujeres consumidoras de estas dos sustancias que pertenecen a la Fundación Cruz Blanca de Teruel. El programa está constituido por 16 sesiones en las que se trabaja la sensibilización, la motivación, la autoestima, las habilidades sociales y diferentes alternativas de vida. Los instrumentos que se emplean para medir los resultados son el cuestionario "Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP)" y el "Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)". Se espera cumplir el objetivo principal siendo este el cese del consumo trabajando las herramientas mencionadas anteriormente.

Palabras clave: prostitución, drogas, programa de intervención, consumo abusivo de alcohol, consumo abusivo de cocaína

Abstract

Drugs such as alcohol and cocaine are consumed worldwide among people of all ages and are also very present in the world of prostitution. In this case, they are consumed as a method to alleviate problems and to somehow endure the work they do. The following work covers an intervention programme designed for women in prostitution with the aim of getting them to abandon drug use and, consequently, the world of prostitution. The programme involves 15 women users of these two substances who belong to the White Cross Foundation in Teruel. The programme consists of 16 sessions in which they work on awareness, motivation, self-esteem, social skills and different life alternatives. The instruments used to measure the results are the questionnaire "Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP)" and the "Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)". The main objective is expected to be the cessation of drug use by using the tools mentioned above.

Keywords: prostitution, drugs, intervention programme, alcohol abuse, cocaine abuse

Marco teórico

Prostitución

La prostitución es, según la Real Academia Española, aquella “actividad a la que se dedica quien mantiene relaciones sexuales con otras personas, a cambio de dinero” (R.A.E., 2001).

Esta definición se encuentra, claramente incompleta, ya que no se trata de una definición basada en un contexto y, mucho menos, actualizado. La prostitución ha ido evolucionando con el tiempo acorde a las nuevas realidades que se nos presentan continuamente, por lo que, en este trabajo, vamos a entender la prostitución desde una realidad presente y actualizada.

Hoy en día, al hablar de prostitución existen dos perspectivas distintas. Por un lado, está la neoabolicionista que se define como una forma de esclavitud en la que se recogen comportamientos violentos contra la mujer y, por otro lado, se encuentra la perspectiva del trabajo forzado que destaca por un trabajo voluntario, por tanto, se denomina una profesión legítima (Palacios, 2020). Cabe destacar que solo un pequeño porcentaje lo hace por placer mientras que la mayoría de las mujeres prostitutas no ejercen por elección libre sino por diferentes circunstancias de sus vidas que las encaminan a esta forma de vida (Acevedo Ramírez, 2019).

Para el ejercicio de la prostitución existen diferentes clasificaciones de modelos legislativos legales, dividiéndose estos en: reglamentario, prohibicionismo, abolicionismo y reconocimiento de derechos laborales. La primera se basa en una prostitución regulada, no está prohibida mientras cumpla la regulación. En cuanto a la segunda clasificación, como su nombre indica, prohíbe la prostitución. En la tercera y cuarta clasificación la prostitución no está prohibida. España se encuentra dentro de la clasificación abolicionista donde no está prohibido el ejercicio de la prostitución (Gillué Tomás, 2014).

Encontramos en la literatura científica que cada vez son más las mujeres que se decantan por el mundo de la prostitución (Becoña y Cortés, 2016) ya que no existe un solo camino para llegar a ejercer en la industria del sexo (Casey y Paterson, 2008).

Son numerosos los motivos por los que una persona comienza a ejercer en este mundo y ello depende de la situación particular de cada una (Arribas, 2011). Una cuestión crucial es entender tanto los orígenes de las mujeres como el contexto del que proceden

(Canarias, 2020). A continuación, se explican de forma breve los motivos más comunes. Por un lado, está el motivo económico puesto que la mayoría de las prostitutas no ejercen en su país de origen sino que emigran a otros donde el nivel de renta sea más alto. Su país de origen carece de empleo por tanto buscan otras alternativas de vida fuera de su zona de confort. Por otro lado, está la presencia de cargas familiares directas, es decir, hijos o padres que cuidar y sostener económicamente. Además, el engaño también es un motivo y de los más violentos puesto que es una forma de coacción para la ‘‘trata de personas’’. Una adicción a las drogas antes de ejercer como prostituta es otro de los motivos puesto que al incrementarse el consumo descienden los recursos económicos y una forma de conseguir dinero es entrar en el mundo de la prostitución. Por último, se puede optar a ejercer por una decisión propia y voluntaria ya que carecen de recursos personales, sociales y económicos como pueden ser la asertividad, una visión de futuro o una experiencia laboral previa. También se puede dar el caso de que estas personas no tengan a su disposición otras alternativas de trabajo que les resulte rentable en cuanto a ingresos/tiempo y, además, esta opción suele ser la preferente de las personas que no tienen papeles por tanto pueden acceder de una manera más fácil a ganar dinero (Arribas, 2011).

Desde siempre la prostitución se ha relacionado con la desigualdad, tanto entre hombres y mujeres como con las desigualdades norte/sur. Además, también tiene que ver con temas sociales como son el capitalismo, las sociedades mercantiles y el neoliberalismo, por tanto, esto afecta directamente a la salud social, física y psicológica de las mujeres que se encuentran en esta situación (Canarias, 2020).

Los problemas de salud física son los más documentados y entre ellos, los más destacados son el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las infecciones de transmisión sexual (ITS) (Oliveira y Fernandes, 2017). En cuanto a los problemas de salud psicológica, estos están menos documentados y, en algunos casos, son la causa del inicio de la prostitución por haber experimentado situaciones de violencia sexual pasadas. Entre ellos destaca la depresión, los pensamientos suicidas, los trastornos de personalidad, el estrés postraumático (TEPT) y el abuso de drogas (Canarias, 2020).

Ahora bien, la salud social definida por la OMS como ‘‘ las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana’’ (2009) es también un aspecto importante a tratar en este colectivo ya que surgen muchas barreras a

la hora del acceso a diferentes sistemas. El mostrador de administración, en numerosas ocasiones, es el principal obstáculo de acceso al sistema sanitario. Además, hay dificultades a la hora de acceder al empadronamiento y la situación administrativa es otra de las barreras que tienen que afrontar acompañada por cuestiones como la educación, el idioma o el desconocimiento de los recursos (Canarias, 2020).

Estas mujeres presentan una clara situación de vulnerabilidad y/o exclusión social puesto que son un grupo marginal y no reciben asistencia ni atención por parte del resto de la sociedad (Arribas, 2012).

Por tanto, la situación en la que se encuentran provoca en numerosas ocasiones un rasgo social común, que es la estigmatización social ya que al encontrarse ejerciendo en espacios públicos con frecuencia están expuestas a conductas despectivas tales como humillaciones, insultos o incluso agresiones físicas por parte de personas ajenas que dañan su autoconcepto como mujer y persona. Esto provoca que la mayoría de estas mujeres oculten el hecho de ser prostitutas y de alguna manera se podría decir que viven dos vidas paralelas, una es el ejercicio de la prostitución y la otra es la situación sociofamiliar normalizada en todo lo posible. Por tanto, pocas personas que ejercen la prostitución dejan que su entorno conozca esta actividad (Arribas, 2012).

La prostitución tiene un lado oscuro o, dicho de otra manera, actores invisibles y esto hace referencia a los grupos que la controlan, es decir, las mafias, las redes de explotación y el proxeneta o chulo. Son los que se encargan de controlar el mercado y la distribución de la oferta, de manera que tratan a la mujer como una mercancía. Los métodos que utilizan para someterlas son muy violentos tales como secuestros, graves lesiones, muerte, violencia desproporcionada... Con ellos consiguen que las mujeres se vean como esclavas dejándolas al margen de los derechos sociales (Arribas, 2012).

Otro de los actores invisibles son los consumidores de prostitución. De alguna manera parece existir un acuerdo implícito para ocultar el rol de estas personas, pero está claro que si existe la prostitución (oferta) es porque detrás de ella hay mucha demanda. Es importante mencionar que no hay un perfil concreto para un consumidor ya que este varía de una persona a otra (Arribas, 2012).

Con todo esto, se puede concluir que la prostitución es un ejercicio que se lleva practicando desde hace miles de años y aunque socialmente no esté bien visto a día de hoy genera enormes cantidades de dinero, por tanto, muchas mujeres lo seguirán practicando ya sea reglamentado o no (Gillué Tomás, 2014).

Consumo abusivo de sustancias: alcohol y cocaína

La adicción a las drogas se define como un trastorno caracterizado por recaídas crónicas determinadas por una exigencia del cuerpo a buscar e ingerir la droga, una pérdida de control para cesar el consumo y la presencia de un estado de ánimo negativo (Koob y Volkow, 2010).

Existe una diferencia entre los términos “adicción” y “dependencia”. La dependencia abarca los cambios neurobiológicos latentes al consumo de sustancias que son los que provocan la adicción, sin embargo, la adicción aparece cuando hay un grado alto de dependencia (Bergheul et al., 2020). Las adicciones pueden encontrarse ligadas a sustancias, o, por lo contrario, son simplemente comportamentales, así como la adicción al móvil o a internet. La característica central que comparten todas consiste en una pérdida de control de la conducta (Becona y Cortés, 2016).

La manera de diagnosticar clínicamente la adicción a las drogas o trastorno por consumo de sustancias es a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). En este manual se recoge en el apartado “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” tanto los referidos al alcohol como a la cocaína. El trastorno causado por el uso abusivo de cocaína se encuentra en un subapartado denominado “Trastornos relacionados con los estimulantes”, puesto que la cocaína es un estimulante, pero también se puede dar un trastorno por otros estimulantes como pueden ser una sustancia anfetamínica u otros no especificados (American Psychological Association [APA], 2014).

A nivel nacional se realiza periódicamente la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) con el objetivo de conseguir un diagnóstico global del estado de consumo de drogas y las consecuencias que se derivan en la población. Los últimos resultados son de los años 1995-2022, sin embargo, los resultados de EDADES 2022 no están disponibles, por tanto, se procede a recoger los datos del año 2021.

Los resultados del año 2021 muestran que la sustancia psicoactiva más consumida fue el alcohol con un porcentaje de 70’5% en los últimos 12 meses y un 53,6 % en los últimos 30 días. En cuanto a la cocaína en polvo se estima un consumo del 2’1% en los últimos 12 meses y del 0’6% en los últimos 30 días. En ambos casos, se observa una descendencia en el consumo con el paso de los años (OEDA, 2022).

Conforme este informe, la edad media de inicio de consumo de alcohol en España es de 14 años (OEDA, 2022) y la edad media de inicio de consumo de cocaína

es de 15'3 años (OEDA, 2022). Entre las personas más jóvenes se observa el mayor riesgo del consumo y este va disminuyendo conforme va aumentando la edad (OEDA, 2021).

Para reducir el consumo de sustancias y prevenir las recaídas existen varios tratamientos en los que se ha evidenciado eficacia, así como la terapia cognitivo-conductual, de forma grupal e individual, y la terapia motivacional (Becoña y Cortés, 2016). Además, la terapia cognitivo-conductual aconseja a los pacientes a desarrollar estrategias para la regulación emocional y para hacer frente al consumo impulsivo (Keegan, 2012). Por otro lado, también se utiliza la intervención psicoeducativa que se basa en una concepción informativa caracterizada por: involucrar a una persona que provee información y a un usuario receptor de esa información (Hennessy y Tanner-Smith, 2015).

Alcohol

Uno de los problemas más graves de salud pública en España es el consumo de alcohol, que afecta tanto a la persona como a su entorno familiar y social (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017-2024).

El alcohol es un sedante/hipnótico que puede producir intoxicación, adicción o síndrome de abstinencia si se ingiere en grandes cantidades durante largos periodos de tiempo (Becoña y Cortés, 2016). Su consumo repetitivo altera gravemente el funcionamiento del hígado y del cerebro (España, 2009).

El consumo abusivo de alcohol perjudica mucho más allá de la salud física y psicológica puesto que repercute también en el bienestar y la salud de las personas que nos rodean (Ahumada-Cortéz et al., 2017). El daño social se puede observar en funciones importantes de la vida, así como la familia, el trabajo, los amigos y el espacio público. También influye de manera negativa en el ámbito económico por los costes que supone incluyendo los gastos médicos y cargas económicas de la familia (Ahumada-Cortéz et al., 2017).

Algunas de las circunstancias estudiadas que agravan los efectos del alcohol, además de la cantidad ingerida, son la edad, el peso y el sexo, la cantidad y rapidez de la ingesta y la combinación con bebidas carbónicas o con otras sustancias (España, 2009).

Las probabilidades de tener problemas con el uso del alcohol en mujeres vienen determinadas por una violencia física o verbal en el pasado, esto influye también al incremento de la cantidad de alcohol ingerida (Delegación del Gobierno para el Plan

Nacional sobre Drogas, 2017-2024) y también por los factores de riesgo mencionados en el primer apartado.

Cocaína

La cocaína es una sustancia estimulante del Sistema Nervioso Central cuyos principales efectos son un estado de ánimo prominente y un descenso del apetito y la sensación de fatiga (Becoña y Cortés, 2016). Se puede tomar en forma de hojas masticadas, en polvos de clorhidrato para esnifar o también se pueden inyectar (Becoña y Cortés, 2016).

El uso frecuente de cocaína difiere entre hombres y mujeres en cuanto a los efectos producidos y las consecuencias a largo plazo del mismo. Al mencionar los problemas cardiovasculares son más las mujeres afectadas a causa de tomar dosis de cocaína. Sin embargo, las consecuencias a largo plazo como un deterioro cognitivo o un daño cerebral son menos frecuente en mujeres que en hombres hasta en los casos en que las mujeres mantienen un mayor consumo de estas sustancias (United Nations, 2004).

Uno de los efectos de la cocaína en mujeres es la interrupción del ciclo menstrual que más adelante puede provocar problemas de fertilidad (United Nations, 2004). Además, el consumo abusivo de cocaína también puede producir problemas como labilidad emocional, euforia, agitación psicomotriz, tendencia a la violencia, insomnio, anorexia, etc. Al cesar el consumo de cocaína se produce el síndrome de abstinencia presentando algunos de los siguientes síntomas: aislamiento social, depresión, irritabilidad, falta de motivación y energía... (Becoña y Cortés, 2016).

La dependencia psicológica es mucho más potente que la física en consumidores de cocaína, por tanto, cuando cesa el consumo, los trastornos fisiológicos son mínimos en comparación con otras sustancias (Becoña y Cortés, 2016).

Justificación

Tras una amplia investigación en distintas bases de datos, el resultado para una intervención con mujeres que ejercen la prostitución y mantienen un consumo abusivo de alcohol y cocaína ha resultado escaso, es decir, se han encontrado pocas intervenciones que relacionen estos conceptos solamente en Trabajos de Fin de Grado o Master. Como consecuencia, aumenta el interés por plantear un plan de intervención que abarque estos conceptos. No obstante, se han hallado varios artículos relacionando el ejercicio de la prostitución con el consumo de drogas y, aunque muchos de ellos no están actualizados, es decir, fueron publicados hace muchos años, han sido útiles para realizar

el marco teórico de este trabajo.

Ahora bien, el uso de sustancias en el ámbito de la prostitución sirve como vía de escape para realizar su trabajo, es una herramienta para aliviar estos actos y las preocupaciones que conllevan y de esta manera resulta más difícil poder erradicar su consumo. Asimismo, el alcohol es una droga legal de fácil obtención y con precios asequibles por tanto se considera importante informar y concienciar sobre el buen uso de esta sustancia a la vez que presentar los efectos y las consecuencias a corto y largo plazo de un consumo abusivo. Lo mismo se pretende informar acerca del consumo de la cocaína, aunque este sea menor en comparación con el del alcohol, conlleva consecuencias graves y unos costes inmensos que perjudican tanto a la persona en su estado físico y psicológico como el ámbito económico, personal y familiar.

Objetivos

El objetivo principal de la intervención consiste en erradicar el consumo abusivo de alcohol y cocaína en mujeres entre 18 y 60 años que ejercen la prostitución.

Los objetivos específicos que abarca el objetivo principal son los siguientes: (1) sensibilizar a las mujeres sobre su abuso de sustancias y la forma en que contribuyen a aguantar la violencia, (2) trabajar la motivación, la autoestima y aumentar las habilidades sociales, en concreto, la capacidad de gestionar las emociones y actitudes (3) lograr el cese del consumo y (4) conseguir que opten por otras alternativas de vida mostrándoles diferentes salidas.

Método

Participantes

El proceso de intervención se llevará a cabo con 15 mujeres entre 18 y 60 años con un nivel socioeconómico bajo puesto que son personas en situación de vulnerabilidad y/o en riesgo de exclusión social. Estas mujeres reciben una red de apoyo muy baja por parte de la sociedad y se podría definir su carácter como “nómada” puesto que cambian constantemente de lugar de residencia conforme van encontrando trabajo. Además, son pertenecientes al programa O’cambalache de la Fundación Cruz Blanca de Teruel. Este programa proporciona atención integral a personas que ejercen la prostitución y víctimas de trata actuando en cuatro áreas de trabajo: salud, inserción, psicología y ciudadanía.

La Fundación cuenta con mujeres de distintas nacionalidades: española, colombiana, rumana, dominicana, brasileña, marroquí y ecuatoriana. Cabe destacar que

en la Fundación de Teruel se encuentran 40 mujeres, pero solo 30 de ellas mantienen un consumo diario de alcohol y cocaína, de las cuales, mediante una selección aleatoria, 15 serán elegidas para participar en el programa de intervención y las otras 15 participarán como grupo control. Entre las mujeres con las que se llevará a cabo la intervención 13 de ellas tienen hijos en su país de origen y las otras dos los tienen en la ciudad que ejercen.

Los criterios de inclusión son los siguientes: (1) pertenecer al programa O'Cambalache de la Fundación Cruz Blanca de Teruel, (2) ser mayor de edad y (3) mantener un consumo diario de alcohol y cocaína.

Entre los criterios de exclusión destacan: (1) mujeres que ejercen la prostitución y no consumen sustancias (menos en una sesión) y (2) mujeres que ejercen la prostitución y consumen otro tipo de drogas que no son ni el alcohol ni la cocaína y (3) mujeres que ejercen la prostitución y toman algún tipo de medicación.

Las participantes deberán participar en la intervención de forma voluntaria y firmando un consentimiento informado.

Instrumentos

Se empleará el cuestionario "Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP)" (Lozano, 2007) al inicio de la primera sesión y al finalizar la última, además de las dos sesiones de seguimiento. El objetivo de la utilización del cuestionario es observar las diferencias de respuesta a las preguntas acerca de la calidad de vida de las participantes antes de comenzar la intervención, al finalizarla y meses más adelante.

La estimación de la fiabilidad del test se realizó mediante el análisis de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach, aportando un valor de 0,861. Está compuesto por 22 ítems que abarca información tanto de síntomas físicos como psicológicos, es decir, mide la dependencia física y psicológica de la persona respecto a las drogas (Lozano et al., 2007).

Además, se utilizará el cuestionario "Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)" (Anexo 19) para observar si el consumo de alcohol y cocaína ha disminuido o cesado después de finalizar la intervención. Se recalcará que para contestar a las preguntas tendrán que tener en cuenta los últimos 2 meses anteriores. Este cuestionario será rellenado en la primera y última sesión y en las dos sesiones de seguimiento.

La consistencia interna de esta escala fue excelente, registrándose una $\alpha = 0,93$.

Las correlaciones ítem-total corregidas fueron moderadas-altas en este caso (DAST-20: $r = 0,40 - 0,82$), sin embargo, se registraron dos ítems (nº 2 y 4) en los que la correlación fue baja ($r = 0,31$ y $0,36$, respectivamente) (Gálvez et al., 2010).

Para determinar la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio de los componentes principales con rotaciones varimax y quartimax. Tanto el índice de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMODAST-20 = 0,801$) como la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < 0,000$) demostraron la adecuación de la muestra a este tipo de prueba (Gálvez et al., 2010).

Procedimiento

Las participantes sometidas a la intervención son mujeres entre 18 y 60 años elegidas del programa O'cambalache perteneciente a la Fundación Cruz Blanca de Teruel. De las 40 usuarias, se escogerá solamente a 30 que cumplen el perfil del plan de intervención, esto es, que ejercen la prostitución y toman alcohol y cocaína diariamente. Este grupo se dividirá en dos, es decir, un grupo control de 15 personas que asistirá a la primera y última sesión (además de las sesiones de seguimiento) donde se le pasará el cuestionario "TECVASP" y "Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)" y un grupo experimental que además de contestar a los cuestionarios se someterá al plan de intervención planteado más adelante.

La totalidad de la intervención se realizará en una de las aulas de la Fundación Cruz Blanca de Teruel puesto que las participantes están familiarizadas con la asociación.

En la primera sesión grupal de evaluación se proporcionará a las mujeres un documento de consentimiento y protección de datos que tendrá que ser firmado y completado con sus datos personales. En dicho documento se les informará acerca de la legitimación del tratamiento, la comunicación y criterios de conservación de datos y, por último, de los derechos que asisten al interesado.

Diseño de las sesiones

El programa de intervención abarca varios bloques: terapia grupal e individual, terapia cognitivo-conductual, terapia motivacional, psicoeducación y seguimiento. El número total de sesiones es 15. Durante dos meses y medio se realiza una sesión cada semana de duración variable (2h, 1h y media, 30 min) y se incluyen dos sesiones de seguimiento a los 3 y 9 meses. En la tabla 1 queda representado el cronograma del programa y en la tabla 2 se detalla el desarrollo de cada sesión.

Tabla 1*Cronograma*

Sesión	Bloque	Formato	Participantes	Durac.	Frec.
1	Evaluación	Individual	mujeres	1h	-
	Terapia grupal y psicoeducación				
2	Presentación	Grupal	mujeres	2h	-
3	Acercándonos a las drogas	Grupal	mujeres	1h	-
4	Mitos y realidades	Grupal	mujeres	1h	-
5	El peligro del consumo	Grupal	mujeres	1h y 30	-
6	Role playing	Grupal	mujeres	1h y 30	
	Terapia motivacional				
7	Motivación, 1ª fase	Individual	mujeres	1h y 30	-
8	Motivación, 2ª fase	Individual	mujeres	1h y 30	-
	Psicoeducación y terapia grupal				
9	Emociones y su identificación	Grupal	mujeres	2h	-
10	Gestión de las emociones	Grupal	mujeres	1h	-
	Terapia cognitivo-conductual y grupal				
11	Planeando metas para el futuro	Grupal	mujeres	1	-
	Psicoeducación y terapia grupal				

12	Alternativas de trabajo	Grupal	mujeres	1h	-
	Terapia individual				
13	Evaluación individual final	Individual	mujeres	30 min	-
	Seguimiento				
14	Evaluación ind. 3 meses	Individual	mujeres	30 min	-
15	Evaluación ind. 9 meses	Individual	mujeres	30 min	-

Tabla 2

Desarrollo de las sesiones

SESIÓN 1: ‘‘Primera sesión de evaluación individual’’

Objetivos: El objetivo de la primera sesión es recoger los datos personales de cada participante y obtener información acerca de la relación física y psicológica de cada una respecto a las drogas.

Desarrollo: Acudirán a la primera sesión de forma individual las 30 participantes.

Se desarrollará la sesión el en anexo 1. Además, se entregará un consentimiento explícito de protección de datos que tendrán que rellenar (Anexo 2) y se pasará para rellenar los cuestionarios ‘‘Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP)’’ (Anexo 3) y ‘‘Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)’’ (Anexo 4).

Materiales: Anexo 1, 2, 3 y 4.

Duración: 1 hora grupo experimental y 30 min grupo control

SESIÓN 2: ‘‘Presentación’’

Objetivos: El objetivo es crear un clima de confianza en el aula, conocer la historia de cada usuaria y una puesta en común con el resto de las compañeras.

Desarrollo: Construir un clima de confianza en el aula es importante para que la persona se sienta capaz de mostrarse tal como es sin tener miedo a que otros le juzguen y pueda hablar sin temer ser rechazada (Lisbona Bañuelos et al., 2008).

Se iniciará la sesión con una serie de pautas para desarrollar un buen clima de confianza y se utilizará la técnica de ‘‘pasar el balón’’. La explicación de la sesión se encontrará en el anexo 5.

Materiales: Balón de espuma. Anexo 5.

Duración: 2 horas.

SESIÓN 3: ‘‘Acercándonos a las drogas’’

Objetivos: El objetivo es presentar las funciones de las drogas e informar acerca del consumo de cocaína y alcohol (efectos, causas, consecuencias, abuso y abstinencia).

Desarrollo: La psicoeducación se entiende como un proceso cognitivo del paciente. Es una oportunidad para desarrollar y mejorar sus habilidades para resolver los problemas de una manera más adaptativa (Bulacio y Vieyra, 2003).

El desarrollo de la sesión consistirá en que nuestras participantes informen acerca de su

conocimiento de las drogas antes de la explicación a través de una presentación de Power Point del terapeuta. Se explica la sesión con más detenimiento en el Anexo 6.

Materiales: Ordenador y proyector. Anexo 6.

Duración: 1 hora.

SESIÓN 4: ‘Mitos y realidades sobre la cocaína y el alcohol’

Objetivos: El objetivo es desenmascarar los mitos acerca del consumo de cocaína y alcohol mostrando a las participantes las realidades del verdadero consumo.

Desarrollo: Se utilizan los mitos porque se caracterizan como pensamientos inconscientes que tienen un origen esencialmente cultural y son de naturaleza transpersonal que tienen que ser desenmascarados para poder ver la realidad (Herrera, 2011).

Se explicará la sesión en el Anexo 7 y se usará de base el Anexo 8 para dar información acerca de los mitos y las realidades de estas dos drogas.

Materiales: Ordenador, proyector, hoja de papel y bolígrafo. Anexo 7 y 8.

Duración: 1 hora.

SESIÓN 5: ‘El peligro del consumo’

Objetivos: El objetivo es informar e identificar los pros y contras del consumo de alcohol y cocaína y ver como este contribuye a la forma en que aguantan la violencia.

Desarrollo: Se utiliza una lista de pros y contras porque puede ayudarnos a clarificar, comprender u orientar nuestras elecciones a la hora de tomar una decisión (Grimalt, 2020).

Se desarrollará la sesión en el Anexo 9. Se entregará una lista de pros y contras (Anexo 10) y también un caso real (Anexo 11) de una mujer que consume drogas para que las participantes se pongan en situación y les resulte más fácil comprender el consumo.

Materiales: hoja de papel y bolígrafo. Anexo 9, 10 y 11.

Duración: 1 hora y media.

SESIÓN 6: ‘Role-playing’

Objetivos: Fomentar la empatía, conocer mejor sus potenciales, mejorar la habilidad social de decir NO, comprender que no hay una única solución válida para un problema y trabajar los aspectos de la presión de grupo.

Desarrollo: En la siguiente sesión se desarrollará un role-playing (juego de roles),

técnica creada por J. L. Moreno para trabajar tanto los procesos de socialización como de adaptación en nuestro entorno e interacciones diarias (1961).

Primero se explicará brevemente en que consiste esta dinámica y cuáles son los objetivos que se pretenden cumplir al finalizarla. Seguirá la sesión en el anexo 12 y dentro de ella se les asignará un caso grupal que tendrán que desempeñar por parejas (Anexo 13)

Materiales: Hoja de papel. Anexo 12 y 13.

Duración: 1 hora y media.

SESIÓN 7: ‘Motivación, primera fase de la entrevista motivacional’

Objetivos: El objetivo de esta sesión es introducir el tema de ‘motivación’, explicar en qué consiste la ‘entrevista motivacional’ y utilizar una de las dos fases que la componen descritas por William R. Miller y Stephen Rollnick para entender dónde se encuentra el paciente en el momento y ayudarlo en su proceso (1999).

Desarrollo: En primer lugar, se definirá la motivación y la entrevista motivacional con sus respectivas fases.

Se desarrollará la sesión en el Anexo 14 y se dispondrá de preguntas para medir su motivación del momento (Anexo 15).

Materiales: Anexo 14 y 15.

Duración: 1 hora y 30 minutos.

SESIÓN 8: ‘Motivación, segunda fase de la entrevista motivacional’

Objetivos: El objetivo es emplear la segunda fase de la entrevista motivacional para ayudar a la persona a confirmar y justificar su disposición al cambio.

Desarrollo: Esta segunda fase de los autores mencionados anteriormente se dividirá en cuatro apartados desarrollados en el anexo 16. También se utilizarán una serie de preguntas acerca de la motivación (Anexo 17).

Materiales: Anexo 16 y 17.

Duración: 1 hora y 30 minutos.

SESIÓN 9: ‘Emociones y su identificación’

Objetivos: El objetivo es definir los tipos de emociones, explicar la importancia que tienen y la utilidad de las mismas.

Desarrollo: Se empleará la tipología de Ekman y Friesen (1971) para explicar las seis emociones básicas (miedo, ira, alegría, tristeza, asco y sorpresa).

Se explicará la sesión en el Anexo 18 junto con el desarrollo del Anexo 19, 20 y 21.

Materiales: Ordenador y proyector. Anexo 18, 19, 20 y 21.

Duración: 2 horas.

SESIÓN 10: “Gestión de las emociones”

Objetivos: El objetivo es aprender a hacer uso de una buena gestión de emociones.

Desarrollo: Se trabajan las emociones puesto que forman parte de nosotros y tienen una importante función adaptativa, por lo que debemos aprender a aceptarlas y adaptarnos al máximo a ellas. De hecho, si pudiéramos manejar mejor nuestras emociones las haríamos trabajar a favor de nuestros intereses y valores, no en nuestra contra (Armando Corbin, 2016).

Se explicará la sesión en el anexo 22. Además se explicarán 4 capacidades para gestionar emociones (Anexo 23) y se entregarán preguntas para realizar un caso práctico acerca de las emociones (Anexo 24)

Materiales: Ficha de papel y bolígrafo. Anexo 22, 23 y 24.

Duración: 1 hora.

SESIÓN 11: “Planeando metas para el futuro”

Objetivos: Analizar los valores personales dentro del grupo y por parte de él, así mismo ampliar la concepción del mundo y de la vida.

Desarrollo: Como estas mujeres presentan dificultades para entrar en el mundo laboral, se realiza un proceso proporcionando un apoyo personal en el que se identifican y escogen prioridades, se motiva y se otorga seguridad y hace que la mujer participe en la gestión de su itinerario con unos derechos y deberes (Barreda Marina, 2005).

Se explicará la sesión en el anexo 25. Se entregará una ficha denominada “inventario de la vida” (Anexo 26) y otra denominada “mi proyecto de vida” (Anexo 27).

Materiales: hojas de papel y bolígrafos. Anexo 25, 26 y 27.

Duración: 1 hora y media.

SESIÓN 12: “Alternativas de trabajo”

Objetivos: Presentar a las participantes diferentes alternativas de trabajo realistas y apoyar en la búsqueda de empleo fomentando su motivación y actitud ante un empleo.

Desarrollo: Mediante una presentación de Power Point se entregarán una cantidad de

herramientas útiles para la búsqueda de empleo y se mostrará un video denominado “Por qué es importante la actitud” (Anexo 29). Toda la sesión se desarrolla en el anexo 28.
Materiales: Ordenador. Anexo 28 y 29.

Duración: 1 hora.

SESIÓN 13: “Evaluación individual final”

Objetivos: Observar las diferencias entre el grupo control y experimental para así ver si el programa de intervención ha resultado eficaz.

Desarrollo: Se volverá a pasar el cuestionario TECVASP y “Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)” tanto al grupo control y al experimental y se hará una comparación de resultados de los dos grupos.

Materiales: Cuestionario TECVSAP, “Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)”

Duración: 30 min.

SESIÓN 14: “Evaluación después de 3 meses”

Objetivos: Evaluar la eficacia del programa de intervención a medio plazo (3 meses).

Desarrollo: Se cumplimentará por parte del grupo experimental y control el cuestionario TECVSAP y “Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)”.

Materiales: Cuestionario TECVSAP, “Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)”.

Duración: 30 min.

SESIÓN 15: “Evaluación después de 9 meses”

Objetivos: Evaluar la eficacia del programa de intervención a largo plazo (9 meses).

Desarrollo: Se cumplimentará por parte del grupo experimental y control el cuestionario TECVSAP y “Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)”.

Materiales: Cuestionario TECVSAP, “Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)”

Duración: 30 min.

Evaluación

Serán cumplimentados los cuestionarios “TECVASP” y “Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)” por el grupo control y el grupo experimental antes del inicio del programa (T1), al finalizarlo (T2) y en las sesiones de seguimiento, esto es, tres meses después (T3) y nueve meses después (T4). Se empleará una prueba T de student para comparar los resultados.

Resultados esperados

En cuanto a los resultados de T1 se espera que las participantes del grupo experimental y control presenten un alto grado de adicción y deseo de consumo, poco conocimiento

acerca de la gravedad del consumo, una autoestima baja y una baja motivación al cambio. Respecto a los resultados de T2 se espera una mejora por parte del grupo experimental en todos los aspectos evaluados en el programa: un mayor conocimiento hacia el peligro del consumo, el cese del consumo y del deseo de consumir, una sensibilización sobre el abuso de sustancias, mejorar la autoestima, aprender a gestionar sus emociones y actitudes y una mayor motivación en varios aspectos de sus vidas. En cuanto al grupo control, no se esperan mejoras. Por otro lado, en los resultados de T3 por parte del grupo experimental, se espera que se mantenga el cese del consumo y que estén en busca o hayan encontrado otra alternativa de trabajo. En cuanto al grupo control, tampoco se esperan mejoras. Por último, en relación con los resultados esperados de T4, las mujeres pertenecientes al grupo experimental ya tienen otro trabajo, otras expectativas de vida y han abandonado por completo el mundo de la prostitución y las drogas mientras que las del grupo control no sufren cambios.

Conclusión

La prostitución es un fenómeno difícil de erradicar debido a factores económicos, políticos y culturales que evitan hacerlo. Es una fuente de inversión muy atractiva que puede ser rentable para un gran número de personas que trabajan con prostitutas como pueden ser servidores públicos, policías, familias, etc. Por tanto, un paso importante para que las mujeres dejen de ejercer sería que consigan acceder a los servicios sociales y sanitarios públicos de una manera más fácil además de recibir atención directa orientada a mejorar su estado de salud bio-psico-social.

Por otro lado, la literatura demuestra que si las prostitutas mantienen un consumo abusivo de sustancias, en este caso de alcohol y cocaína, es un grave problema que conlleva consecuencias negativas para ellas. En el mundo de la prostitución se opta por este consumo a causa de diferentes motivos y la sensación que se siente al consumir hace que la persona aguante de una manera más ligera su trabajo y todo lo que conlleva este. Esto es, las drogas las desinhibe, las relaja y hacen que se olviden de sus problemas aunque sea momentáneamente, por tanto, es complicado dejarlas.

Se espera que tras participar en el programa haya un cese del consumo por parte de las mujeres además de un amplio abanico de información acerca de lo que conlleva este y un mayor autoestima y motivación a la hora de buscar otras alternativas de vida. Un estudio basado en la terapia cognitivo-conductual en un grupo dependiente a drogas muestra como esta terapia es útil en muchos pacientes y que se sitúa como la primera

elección para intervenir en la adicción a las drogas (Sánchez Hervás et al., 2002). Los resultados del tratamiento muestran que los pacientes han mejorado su calidad de vida reduciendo el malestar psicológico y el consumo de sustancias (Sánchez Hervás et al., 2002). Además, estudios más recientes muestran también la efectividad de esta terapia. Un estudio llevado a cabo por Martínez-González et al., (2018) demuestra que del total de pacientes que participan un 75% no vuelve a recaer.

Cabe destacar que este tema es amplio y se pueden trabajar muchas herramientas. En la literatura encontrada ha habido pocas intervenciones que abarquen el tema de prostitución y drogas. Se han hallado artículos informativos acerca de esta relación mencionando, además del alcohol y la cocaína, drogas con efectos más fuertes como pueden ser el speed o la heroína. Como el consumo de alcohol y cocaína es uno de los más frecuentes ya que son asequibles por el coste que tienen y la cantidad de proveedores que existen, se ha optado por plantear un plan de intervención solamente de estas dos drogas.

Es importante mencionar que deberían existir más planes de intervención con el objetivo de abandonar la prostitución puesto que esta actividad es objeto de un fuerte rechazo social y muchas mujeres (la mayoría inmigrantes) optan por ello sin saber las diferentes alternativas de trabajo que puede haber y les puede beneficiar. La muestra elegida son mujeres inmigrantes que por diferentes circunstancias emigran de su país de origen para conseguir “una vida mejor” pero el problema está en que no están bien informadas de los trabajos a los que pueden optar o de cómo conseguir sus papeles o legalidad en el nuevo país. Por esta razón se ha hecho hincapié en varias sesiones de la intervención en mostrar diferentes alternativas de trabajo y de vida, cosa que debería ser primordial de informar cuando alguien emigra a otro país para que no opten por el mundo de la prostitución.

Ahora bien, una de las limitaciones del trabajo ha sido la poca información de “intervenciones” de este tipo, por tanto se ha optado por recurrir a técnicas de consumo de drogas en general y traspasarlas al mundo de la prostitución. A lo largo de las sesiones se han ido fusionando conceptos de drogas y prostitución para poder conseguir un plan que ayude a estas usuarias a abandonar el consumo.

Otra de las limitaciones han sido los años de los artículos, que al no estar actualizados se ha optado por coger información menos actual para desarrollar el marco teórico y algunas de las sesiones.

Referencias

- Acevedo Ramírez, H. R. (2019). El relato de la mujer adúltera en Juan 8, 3-11, como inspiración de dignificación de la mujer prostituta en Sincé, Sucre, Colombia.
- Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., y Valdez-Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13-24.
- Armando Corbin, J. (2016, 28 noviembre). *Gestión emocional: 10 claves para dominar tus emociones*. Extraído el 5 de octubre de 2022 desde <https://psicologiaymente.com/psicologia/gestion-emocional-dominar-emociones>
- Arribas, F. J. R. (2012). Consumo y prácticas sociales "ocultas": la prostitución. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 34(2).
- Barreda Marina, M. A. (2005). *Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Madrid.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2016). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. *Socidrogalcohol*.
- Bergheul, S., Ourhou, A., Ayotte, M.-H., y Mbacké Gueye, S. T. (2020). *La prostitution: facteurs d'entrée, de sortie et interventions*. *Sexologies*.
- Bulacio, J. M., y Vieyra, M. C. (2003). *Psicoeducación en salud*. Barcelona, España: Ediciones Grijalbo, SA.
- Canarias, M. D. M. (2020). Atención sanitaria a personas en situación de prostitución.
- Casey, L. y Paterson, J. (2008). *Innovative Support Strategies for Sex Workers: A Look Beyond Illicit Substance Use*. Canada.
- de España, G. (2009). Guía sobre drogas. Realidades, mitos, efectos, tipos, riesgos, abuso, consumo, dependencia, drogas.
- Determinantes sociales de la salud. (2009). En Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- DGPNSD (2019). Plan nacional sobre drogas.
- DGPNSD (2017-2024). Estrategia nacional sobre adicciones.
- Ekman, P., y Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of personality and social psychology*, 17(2), 124.
- Fridman, S., y Borrás, M. (2019). Utilización de dinámicas grupales en el taller de

inserción laboral.

Gálvez, B. P., Fernández, L. G., de Vicente Manzanaro, M. P., Valenzuela, M. A. O., y Lafuente, M. L. (2010). Validación española del drug abuse screening test (DAST-20 y DAST-10). *Salud y drogas*, 10(1), 35-50.

Gillué Tomás, M. (2014). Fundamentación sobre la prostitución y una aproximación al barrio del Raval.

Grimalt, P. (2022, 20 mayo). *¿Sirven las listas de pros y contras para tomar decisiones?* Extraído el 6 de octubre de 2022 desde https://moodle.unizar.es/add/pluginfile.php/5955616/mod_resource/content/5/Es_tilo%20APA%20resumen%207a%20ed.con%20RRSS-1.pdf

Hennessy, E.A. y Tanner-Smith, E.E. (2015). Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: A meta-analysis of alcohol use prevention programs.

Herrera, M. M. (2011). La función social y psicológica del mito. *Revista Káñina*, 35(1), 187-199.

Moreno, J. L. (1961). The role concept, a bridge between psychiatry and sociology. *American Journal of Psychiatry*, 118(6), 518-523.

Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones Psicológicas*, 3, 5-8.

Koob, G. F., y Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217-238.

Lozano Rojas, O.M. et al. (2007). Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 97-107.

Lisbona Bañuelos, A., Palací Descals, F. J., y Gómez Bernabéu, A. (2008). Escala de clima para la iniciativa y para la seguridad psicológica: adaptación al castellano y su relación con el desempeño organizacional. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(2), 153-167.

Martínez-González, J. M., Vilar-López, R., y Verdejo-García, A. (2018). Efectividad a largo plazo de la Terapia de Grupo Cognitivo-Conductual del Alcoholismo:

impacto de la patología dual en el resultado del tratamiento. *Clínica y Salud*, 29(1), 1-8.

Miller, W. R., y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.

OEDA (2021). *Consumo y consecuencias*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

OEDA (2022). *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Oliveira, A., y Fernandes, L. (2017). Trabajadores del sexo y salud pública: intersecciones, vulnerabilidades y resistencia. *Salud colectiva*, 13, 199-210.

Palacios, S. P. I. (2020). Trata, prostitución y capital erótico. *Revista Internacional de Sociología*, 78(2), 156-156.

Puchol, L. (2004). *El libro del curriculum vitae: Como superar la barrera del currículoy conseguir el trabajo que deseas*. (3ª edición). Díaz de Santos.

Real Academia Española (2001). Prostitución. En Diccionario de la lengua española (23.ª ed.). Recuperado de <https://www.rae.es/drae2001/prostitución> [23/04/2020]

Sánchez Hervás, E., Tomás Gradolí, V., del Olmo Gurrea, R., Molina Bou, N., y Morales Gallús, E. (2002). Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, (81), 21-29.

United Nations (2004). Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned. New York

Anexos

Anexo 1

Al grupo control se le explicará que van a participar en una investigación acerca del consumo abusivo de sustancias en el mundo de la prostitución mientras que al grupo experimental se le informará de que participarán en un programa de intervención para mujeres que ejercen la prostitución y tienen un consumo diario de alcohol y cocaína.

Seguirá la sesión con la entrega de un consentimiento explícito de protección de datos que tendrán que rellenar (Anexo 2).

Además, de todas ellas se recogerán los datos personales, siendo estos el nombre y apellidos, la edad y la nacionalidad. Al grupo control se le comentará solamente que su aportación a la investigación consiste en contestar los cuestionarios “Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP)” (Anexo 3) y “Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)” (Anexo 4) el mismo día de la sesión y se volverá a repetir el proceso al finalizar los dos meses y medio de intervención y a los 3 meses de finalizarla. El grupo experimental también completará los test 9 meses después. Se aclarará que ambos test volverán a ser completados en la última sesión para así poder ver los resultados y comprobar si la intervención ha resultado eficaz.

Los dos grupos estarán informados de que las respuestas al “Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP)” y al “Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)” servirán para conocer su relación con las drogas.

Además, el grupo experimental obtendrá información acerca del objetivo principal de la intervención siendo este erradicar el consumo de alcohol y cocaína en las personas que participan, la duración total de la misma que abarca 2 meses y medio y el tiempo que se empleará en cada sesión variando este entre 1 y 2 horas por día, dos días a la semana (martes y jueves).

También se les informará que el grupo participante está formado por 15 mujeres, el horario en el que deben acudir será flexible dependiendo de las horas que se empleen en cada sesión, es decir, si dura una hora la sesión acudirán de 10 a 11 de la mañana mientras que, si dura dos horas, acudirán de 10 a 12 de la mañana. Además, se les avisará de que la asistencia es de carácter obligatorio y se comunicarán los tipos de terapias que se utilizarán siendo estas la terapia grupal, cognitivo-conductual, motivacional y la psicoeducación. Por último, se realizará una pequeña introducción de los contenidos que

se trabajarán a lo largo del programa de intervención, tanto a nivel personal como social.

Anexo 2

CONSENTIMIENTO EXPLÍCITO

En _____ la ____ de _____ de 2021

_____ es el responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa de que estos datos se tratarán de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril (GDPR), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fines y legitimación del tratamiento: mantener una relación profesional (por interés legítimo del responsable, art. 6.1.f GDPR) y envío de comunicaciones de productos o servicios (con el consentimiento del interesado, art. 6.1.a GDPR).

Criterios de conservación de los datos: se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento o mientras existan prescripciones legales que dictaminen su custodia y cuando ya no sea necesario para ello, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la anonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

Comunicación de los datos: no se comunicarán los datos a terceros, salvo

obligación legal. Derechos que asisten al Interesado:

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y de limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

El responsable del tratamiento _____

con domicilio en _____

E-mail: _____

El Interesado consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

PERSONA FÍSICA:	
-----------------	--

INTERVENCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN MUJERES QUE EJERCEN PROSTITUCIÓN

Nombre			
Domicilio			
Población		Nif	
Mail		Te- léfono	
Domiciliación		Banco	
EMPRESA: De- nominación			
Domicilio			
Población		Nif	
Mail		Te- léfono	
Domiciliación		Banco	

Firma del
interesado:

Delegados de Protección de Datos 658 928 000

Anexo 3

TECVASP

(Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas)

Encuestador: _____ Centro _____ N.º
de test _____

A continuación, se le va a preguntar sobre su salud **durante el último mes**. Su tarea consistirá en responder a cada una de las preguntas con **total sinceridad**. Para ello, contará con 5 alternativas de respuesta (debiendo señalar solamente una). Éstas expresan el grado con el que ha tenido o sentido los síntomas y situaciones que aparecen en las preguntas. Las respuestas que usted puede dar son las siguientes:

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

Su tarea consistirá en señalar la opción de respuesta (solamente una) que **mejor** indica el grado en el que ha sentido o ha tenido lo que se describe en cada pregunta

durante el último mes. Veamos un ejemplo:

Ejemplo 1: Durante el último mes, en qué medida he padecido dolores de cabeza:

NADA A VECES ~~poco~~ BASTANTE MUCHO

Al marcar la respuesta **poco** estoy indicando que durante el último mes he sentido pocos dolores de cabeza. Antes de empezar recuerde que es importante que responda **sinceramente**. Además, teniendo en cuenta el enunciado, trate de elegir adecuadamente la respuesta que **mejor** le representa **durante el último mes**. Es importante que haya entendido correctamente su tarea. Si tiene alguna duda, pregúntela antes de comenzar.

Durante **el último mes**, en qué medida:

1. Has tenido dolor (físico)
2. Has tenido problemas de sueño
3. Has tenido vómitos (ganas de devolver)
4. Te has sentido fatigado (cansado)
5. Has estado ansioso (nervioso)
6. Has estado deprimido (decaído, bajo de moral, has tenido «ganas de abandonar»)
7. Te has sentido agresivo
8. Has tenido problemas para recordar cosas (no te has acordado de nombres, de dónde pones las cosas, etc.)
9. Has tenido alucinaciones
10. Has tenido problemas para concentrarte («estar metido en lo que haces», no despistarte al hacer tareas, etc.)
11. Has tenido problemas para orientarte (no has sabido llegar a casa o a lugares conocidos)
12. Has consumido drogas para estar bien **físicamente**
13. Has consumido drogas para estar bien **psicológicamente** (mentalmente)
14. Has estado mal físicamente para hacer actividades cotidianas (vestirte, asearte, etc.)
15. Has tenido personas que se han preocupado por ti
16. Crees que tu salud **psicológica** (mental) está deteriorada (mal)
17. Has tenido problemas familiares
18. Crees que el consumo de drogas ha empeorado tus actividades sociales (ir con amigos, trabajar, etc.)
19. Crees que hay personas que pueden quitarse de las drogas
20. Crees que tú puedes quitarte de las drogas
21. Harías cualquier cosa para dejar las drogas (ir a tratamiento, pedir ayuda a familiares, etc.)
22. Crees que tu salud **física** ha estado deteriorada

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 4

Drug Abuse Screening Test - 20 (DAST-20)

1. ¿Ha consumido algún tipo de droga sin prescripción médica?
2. ¿Ha abusado de los medicamentos?
3. ¿Ha consumido más de una droga al mismo tiempo?
4. ¿Puede pasar la semana sin consumir drogas?
5. ¿Siempre que quiere es capaz de parar de consumir drogas?
6. ¿Ha tenido pérdidas de memoria o le han aparecido “imágenes del pasado” como consecuencia de su consumo de drogas?
7. ¿Se ha sentido mal consigo mismo o culpable por su consumo de drogas?
8. ¿Su pareja o sus familiares suelen quejarse de su consumo de drogas?
9. ¿El consumo de drogas le ha creado problemas de pareja o con sus padres?
10. ¿Ha perdido amigos por su consumo de drogas?
11. ¿Ha desatendido a su familia a consecuencia de su consumo de drogas?
12. ¿Ha tenido problemas en el trabajo debido a su consumo de drogas?
13. ¿Ha perdido su trabajo por el consumo de drogas?
14. ¿Se ha peleado con alguien mientras estaba bajo el efecto de alguna droga?
15. ¿Ha realizado alguna actividad ilegal para obtener drogas?
16. ¿Ha sido detenido por posesión de drogas ilegales?
17. ¿Ha notado síntomas de abstinencia cuando deja de consumir drogas?
18. ¿Ha tenido problemas de salud como consecuencia del consumo de drogas? (Por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias, etc.)
19. ¿Ha solicitado ayuda a alguien por un problema con las drogas?
20. ¿Ha recibido algún tratamiento por un problema de drogas?

Ítems correspondientes al DAST-10: 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 15, 17 y 18.

Anexo 5

Se mencionará que es un programa voluntario al que todas han decidido asistir para mejorar su calidad de vida, por tanto, aunque tengan distintas opiniones e historias que no se puedan comparar con otras, todas tienen el mismo objetivo y se deberán apoyar mutuamente para facilitar tanto la estancia en las sesiones como la salida al exterior. Se explicará que durante la intervención es necesaria la sinceridad, una comunicación positiva basada en el asertividad, la escucha activa y el respeto. Será necesario desarrollar la empatía para poder ponerse en el lugar de las otras compañeras. Se intentará evitar juzgar o etiquetar las demás opiniones e historias. Además, se recalcará que se admiten todos los errores cometidos en el pasado y que es importante que reconozcan sus límites.

Ahora bien, para conocer la historia de cada participante se empleará la técnica de “pasar el balón”. Es una técnica activa de presentación que permite y exige la participación de todos los usuarios. Sirve para introducir una pequeña información acerca de ellos y proporciona un ambiente de seguridad relajando la tensión que puede provocar encontrarse con personas nuevas (Fridman y Borrás, 2019).

La sesión consistirá en que durante un periodo de 15 minutos cada mujer tendrá una pelota de espuma en sus manos y mientras la sostenga tendrá que explicar las siguientes cuestiones: sus datos personales (nombre, edad, país de origen), el motivo por el que acude a la intervención, la motivación que tiene en el momento para llevar a cabo esta intervención, cómo se ha sentido estos últimos meses tanto físicamente como psicológicamente, su historia personal (padres, hijos, amigos...), los problemas que cree que le provoca la droga y la sensación que le causa, el tiempo que lleva consumiendo, y por último, qué espera de este programa.

Anexo 6

En primer lugar, se propondrá a las participantes informar acerca de estos fenómenos para así conocer qué es lo que saben acerca de las drogas. La manera de hacerlo será entregándoles un bolígrafo y un papel a cada una para que lo escriban individualmente antes de ponerlo en común con el resto de las compañeras. Deberán explicar con un mayor detenimiento los efectos que producen las drogas y cómo contribuyen a la hora de realizar un trabajo. Además, nos informarán sobre las causas por las que creen que se inicia un consumo, las consecuencias que creen que provoca, una definición de lo que es un abuso de sustancias y preguntaremos si saben qué es la abstinencia y qué efectos produce.

A continuación, mediante una presentación de PowerPoint se expondrán estos contenidos para observar el contraste de información y con ello se conseguirá aumentar sus conocimientos acerca de todo lo que abarca el consumo de sustancias.

Anexo 7

En la presente sesión se empleará como base el Anexo 8 para extraer la información acerca de los mitos y realidades sobre la cocaína y el alcohol. La forma de realizar la actividad es la siguiente: en una diapositiva de PowerPoint se plasmarán escritos solamente los mitos tanto del alcohol como de la cocaína mientras que a nuestras participantes les haremos entender que también están escritas algunas realidades.

Pediremos primero que identifiquen las realidades, y como las respuestas serán

erróneas, indicaremos que las justifiquen y que expliquen por qué no pueden ser un mito. La actividad continuará hasta que acaben de identificar todos los mitos con su correspondiente justificación. La psicóloga intervendrá después de cada identificación para desenmascarar cada mito plasmado en la diapositiva con su respectiva explicación de la realidad. Por último, se pedirá escribir en un folio una pequeña reflexión sobre las verdaderas realidades de las drogas que han aprendido durante el desarrollo de la sesión y en los últimos 15 minutos pondrán sus conocimientos en común con el resto de las compañeras.

Anexo 8

MITOS Y REALIDADES SOBRE LA COCAÍNA

Mito: La cocaína da marcha.

Realidad: La cocaína tiene un efecto estimulante pasajero (dura entre 30 y 60 minutos) tras el cual se produce un bajón intenso que causa cansancio, decaimiento y depresión.

Mito: Mejora las relaciones con los demás ya que ayuda a desinhibirse.

Realidad: Su consumo abusivo produce irritabilidad y agresividad, por lo que las relaciones sociales del consumidor se deterioran.

Mito: Las relaciones sexuales bajo los efectos de la cocaína son más satisfactorias.

Realidad: El consumo habitual de cocaína disminuye el deseo sexual y ocasiona problemas de erección y eyaculación en los varones, pudiendo llegar a producir impotencia e infertilidad.

Mito: La cocaína es una droga menos peligrosa que otras sustancias.

Realidad: Las consecuencias que produce sobre la salud física y psicológica de sus consumidores son muy graves. Asimismo, junto con la heroína, es la causa principal de numerosos actos delictivos y violentos.

Mito: No pasa nada si sólo se consume los fines de semana.

Realidad: Consumir todos los fines de semana supone consumir más de 100 días al año, sin contar los periodos de vacaciones en los que también se consume, lo que conlleva un riesgo evidente. Por otro lado, hay que tener en cuenta que los efectos del fin de semana se prolongan y afectan a los días siguientes.

Mito: Su uso es fácil de controlar.

Realidad: Es una de las drogas con mayor capacidad de generar adicción como se demuestra en el creciente número de personas que acuden a urgencias o a tratamiento por problemas relacionados con su consumo.

MITOS Y REALIDADES SOBRE EL ALCOHOL

Mito: Beber alcohol sólo los fines de semana no produce daños en el organismo.

Realidad: El daño que provoca el alcohol depende del llamado "patrón de consumo", es decir, de la cantidad (a mayor cantidad, mayor daño) y de la intensidad (la misma cantidad concentrada en menos tiempo es más dañina). También existe el riesgo de convertirse en un hábito, hasta el punto de no divertirse sin beber.

Mito: El consumo de alcohol ayuda a salir de las horas bajas, a superar el cansancio y a estar más animado y en forma.

Realidad: El consumo abusivo de alcohol hace perder el control sobre las emociones y sentimientos. Tras una breve sensación de bienestar, si se está triste o deprimido, esta situación se agudiza. Asimismo, se produce una mayor fatiga física y más sueño; también se pierde fuerza y coordinación.

Mito: El consumo de alcohol hace entrar en calor y combate el frío.

Realidad: El alcohol produce una sensación momentánea de calor al dilatar los vasos sanguíneos y dirigir la sangre hacia la superficie de la piel, pero en poco tiempo la temperatura interior del cuerpo disminuye y se siente más frío. Por eso, en situaciones de embriaguez hay que abrigar y proporcionar calor a la persona y nunca intentar espabilarla con duchas frías.

Mito: El alcohol es un alimento.

Realidad: El alcohol engorda pero no alimenta. Al contrario, aumenta la producción de grasa en el organismo.

Mito: El alcohol es bueno para el corazón.

Realidad: Diversos estudios han puesto de manifiesto que en adultos, el consumo moderado de alcohol disminuye el riesgo de padecer enfermedades de corazón, pero estos efectos beneficiosos no aparecen en todas las personas ni en todos los casos.

Mito: El alcohol facilita las relaciones sexuales.

Realidad: Al contrario, el consumo abusivo muchas veces dificulta o incluso impide unas relaciones sexuales plenas, provocando impotencia y otras disfunciones asociadas.

Mito: El que más aguanta el alcohol es porque es más fuerte.

Realidad: No existe relación alguna entre fortaleza o virilidad y "aguantar" un mayor consumo de alcohol. Si se aguanta mucho puede ser que el organismo se haya acostumbrado. Ha desarrollado tolerancia al alcohol y eso no significa que haga menos daño, sino que hay más riesgo de convertirse en dependiente y, por tanto, en alcohólico.

Mito: ¿Es beneficioso el consumo de alcohol?

Realidad: NO, cualquier consumo puede implicar un riesgo. Lo más beneficioso es no consumir alcohol.

Mito: ¿Algunas bebidas alcohólicas son mejores que otras?

Realidad: NO, los estudios científicos muestran que no hay diferencias entre los distintos tipos de bebidas alcohólicas. Por lo tanto no se puede recomendar ninguna de ellas.

Anexo 9

Se informará que el consumo de drogas, al igual que cualquier otra acción, tiene sus pros y sus contras. Se entregará una lista de los pros y contras (Anexo 10) del consumo de sustancias mezclados. Cada una leerá un par de ellos e indicará si es un "pro" o un "contra" seguido de un argumento que justifique su respuesta. A continuación, cada una tendrá que elegir los pros y contras con los que más identificada se sienta y explicarel porqué, además de mencionar cuáles son para ella los más peligrosos con su correspondiente justificación también.

Al finalizar esta actividad, se entregará una hoja de papel a cada una con un caso real (Anexo 11) de una mujer que consume drogas. Cada una tomará anotaciones sobre lo que

más le llama la atención del caso, también se pedirá que expliquen en una escala del 1 al 10 cómo de identificadas se sienten y porqué y, por último, propondrán una solución individual para el caso. Al finalizar, se pondrán en común los comentarios y las soluciones de cada una para así, entre todas y con la ayuda del terapeuta, conseguir una solución conjunta y eficaz.

Anexo 10

LISTA DE PROS Y CONTRAS

- Me siento fuerte, con energía
- Acaba con la timidez e inseguridad
- El trabajo se resiente
- Resaca
- Reduce ansiedad
- Te aparta de la soledad
- Duermo casi todo el día
- Perder el control
- Te hace olvidar los problemas por un momento
- Tengo más amigos
- Se deteriora el razonamiento
- Es divertido
- Mas posibilidad de arriesgarse
- Me relaja
- Reduce la culpa

Anexo 11

CASO:

Una mujer de 35 años acude a consulta por tener una gran adicción al alcohol y a la cocaína. Explica que empezó a consumir alcohol en la adolescencia de una forma moderada pero el consumo fue en aumento y acabó tomando cocaína también dos años después de comenzar con su actual pareja. Afirma que es el amor de su vida, pero desde hace 3 años inició un comportamiento violento hacia ella. Cuando discutían, ella prefería “pasar de él” e irse sola a tomarse unos cubatas y pillaba cocaína todas las veces que podía. Afirma que estando “colocada” sentía menos el dolor, tanto físico como mental. Cuenta que, al principio, en alguna ocasión de consumo, también tenía más seguridad de hablar las cosas con la pareja, no le daba vergüenza expresar lo que sentía, aunque por

muchas conversaciones que tuvieran, su pareja acababa recurriendo otra vez a la violencia. Cada vez se drogaba más y se sentía con mucha pereza para ocuparse de sus responsabilidades diarias. Los problemas con su pareja no cesaban, pero en muchas ocasiones no les daba mucha importancia puesto que iba bajo los efectos de las drogas. Se le olvidaban muchas cosas de los incidentes y después de cada uno su pareja le pedía perdón, por tanto, ella lo perdonaba, no tenía motivación para discutir más con él. Además, a raíz de consumir tanto empezó a separarse mucho de su familia y muchas veces ha sufrido por perder el contacto, pero también se siente sin motivación para volverlo a retomar.

Anexo 12

Se les asignará un caso grupal (Anexo 13) y serán divididas por parejas. Una pareja desempeñará el rol de personas consumidoras de drogas mientras que la otra pareja protagonizará el rol de no consumir ninguna sustancia. Se pretende que la pareja que consume tenga su opinión firme y convenza a la otra de consumir. Asimismo, se quiere conseguir que la pareja que no consume establezca argumentos válidos de su decisión y no caiga en la tentación de consumir. Esto tendrá una duración de 20 minutos, al acabar la interpretación se hará un cambio de papeles, en el que la pareja consumidora pasa a ser no consumidora y viceversa.

Es importante mencionar que a medida que la representación avanza, el terapeuta indica nuevas instrucciones para enriquecer la interacción.

Al finalizar la representación, el terapeuta o psicólogo preguntará a cada pareja cómo se han sentido y si han tenido dificultades para mantener la posición inicial.

Habrà también una fase de análisis o evaluación en la que el terapeuta realizará una crítica constructiva acerca de lo que ve, se explicará en detenimiento la habilidad de decir NO y los aspectos más significativos de la presión de grupo.

Anexo 13

CASO ROLE-PLAYING: Nos encontramos con un grupo de cuatro amigas que planean salir de fiesta el fin de semana. Dos de ellas habitualmente toman alcohol y cocaína cuando salen de fiesta. Las otras dos, que se encuentran en una situación crítica de su vida, han probado alguna vez estas dos drogas, pero no les convence mucho. Las chicas consumidoras les ofrecen a las no consumidoras alcohol y cocaína para pasar “mejor” la noche y olvidarse de sus problemas, sin embargo, las otras chicas rechazan la droga

diciendo que pueden aguantar la noche sin consumir.

PAPELES DE LOS PERSONAJES:

Dos personas que ofrecen las drogas e intentan convencer a sus amigas de que se lo pasarán mejor si las toman con sus respectivos argumentos.

Dos personas que deben rechazar dichas drogas, mantener firme su decisión e informar sobre los peligros y las consecuencias de su uso.

Anexo 14

Se tiene en cuenta que la paciente se encuentra ambivalente al cambio y no tiene ninguna motivación intrínseca para cambiar por tanto es importante ayudar a esta persona explorando y minimizando la resistencia interna que tiene relacionada con la drogodependencia.

Esta primera fase se basa en consultar a las pacientes respecto a lo que desean hacer. Se trabajará con cada paciente individualmente una serie de preguntas (Anexo 15) intentando crear discrepancia entre sus respuestas, se intentará evitar la discusión y sobre todo se mostrará empatía por parte del terapeuta.

También se mencionará que lo normal es que en las primeras sesiones la motivación sea baja o incluso nula, pero esta aumentará a lo largo de las sesiones con las actividades que se irán planteando y con el esfuerzo que realizarán para salir adelante.

Anexo 15

Preguntas:

- ¿Qué es lo que le ha traído a realizar el programa de intervención?
- ¿Cómo se encuentra hoy?
- ¿Cómo se ha encontrado a lo largo de la semana?
- ¿Cómo le ayudó lo que trabajamos la semana pasada?
- ¿Cuáles son sus preocupaciones ahora mismo?
- ¿Qué le gustaría cambiar de su situación actual?
- ¿Qué aspectos cree que ayudan al mantenimiento de su situación?

- ¿Hay algún aspecto de la situación actual con el que se sienta insatisfecho?
- ¿En qué cree que le puede ayudar cambiar esta situación?
- ¿Qué repercusiones cree tener introducir el cambio del que me habla?
- ¿Cuál es el camino que va a seguir a partir de aquí?
- ¿Ha pensado alguna forma de hablar esto con sus seres más cercanos?
- ¿Ha tomado alguna decisión de cómo afrontar la próxima semana?
- ¿Qué otros cambios piensan que serían necesarios para dar la vuelta a su situación actual?
- ¿Qué le impide llevar a cabo todas las ideas que me está mencionando?

Anexo 16

Los primeros 20 minutos de la sesión serán dedicados a una recapitulación de la situación actual de la paciente y con esto se conseguirá el cierre de la primera fase. Se trabajarán aspectos como un resumen de las percepciones de la paciente acerca del problema, un resumen de sus ambivalencias, un replanteamiento de cualquier indicación de la paciente de querer, intentar o planear cambiar y una evaluación de la situación en la que la cliente se encuentra.

A continuación, se presentarán unas preguntas clave de carácter abierto que llevarán a la paciente a pensar y expresar sus pensamientos acerca del cambio (Anexo 17).

Después, se entregarán una serie de consejos. Se recomendará a cada una buscar una motivación por la que salir adelante como por ejemplo puede ser algún familiar, sus hijos, algún amigo, la libertad... Después, tendrán que justificar porque lo que han elegido piensan que es su mayor motivación.

Por último, se llegará a la negociación de un plan por parte de la paciente, el desarrollo de este plan incluye establecer sus propias metas, considerar todas las opciones de cambio y consolidar el plan. Se entregarán algunas estrategias para fomentar la motivación, así como relacionarse con personas que no toman sustancias o realizar diariamente una actividad según cada gusto personal ya sea hacer ejercicio, dibujar o hacer manualidades.

Anexo 17

- ¿Qué crees que deberías cambiar?
- ¿Qué podrías hacer?
- ¿Cuáles son tus opciones?

- ¿Qué ocurrirá ahora?
- ¿Hacia dónde nos movemos en este momento?
- ¿Cómo te gustaría que las cosas resultaran idealmente?

Anexo 18

Al principio se formulará la pregunta “¿Creéis que existen emociones buenas o positivas y emociones malas o negativas?” para que cada una responda según su criterio y luego se hará una pequeña explicación de cómo ninguna emoción es mala y se recalcará que las emociones son una forma de ayudarnos a sobrevivir y adaptarnos al medio a la vez que cumplen la función de satisfacer nuestras necesidades básicas.

Como ejercicio de práctica se proyectará una presentación de PowerPoint con 8 imágenes de caras que expresen una emoción, en la cual, por orden, cada participante tendrá que identificar una e interpretarla apoyándose en las pautas descritas al principio. Tras finalizar este ejercicio, en otra diapositiva se mostrarán 3 fotos de caras con los ojos tapados y otras 3 con la boca tapada, para así dificultar el proceso de identificación (Anexo 19). En el mismo orden, cada una identificará una emoción, y además de interpretarla, comentarán una situación en la que experimentaron esa emoción justificando el sentimiento del momento. Las demás compañeras aportarán cómo se habrían sentido ellas en la situación comentada y porqué.

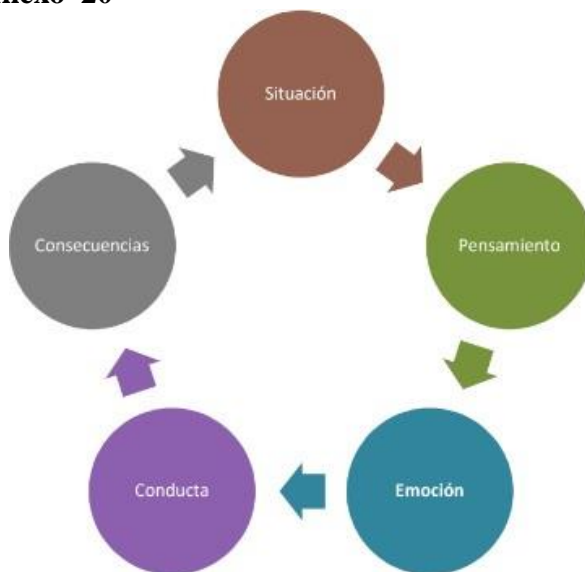
Por otro lado, también se explicará la secuencia de las emociones y se pondrá un ejemplo para una mejor comprensión (Anexo 20). A continuación, se entregará una ficha (Anexo 21) que tendrán que completar para ayudar a entender mejor la relación que tienen nuestros pensamientos con las emociones que sentimos y la importancia de la misma.

Para finalizar, se comentará la utilidad de las emociones en la actualidad y a lo largo de la historia con la finalidad de concienciar a las participantes de que el estado emocional no se relaciona directamente con el consumo ya que en muchas ocasiones se produce una asociación entre malestar emocional y consumo de sustancias, y puede darse el caso de que cada vez que una persona se encuentre mal, opte por consumir. Ahora bien, cada una explicará una situación personal en la que se haya encontrado mal emocionalmente y lo haya relacionado con el consumo de drogas. Al mismo tiempo, las demás, tendrán que proponerle a cada caso explicado un par de alternativas de actuación para no recurrir a las drogas.

Anexo 19



Anexo 20



Las situaciones: El contexto en el que nos encontramos.

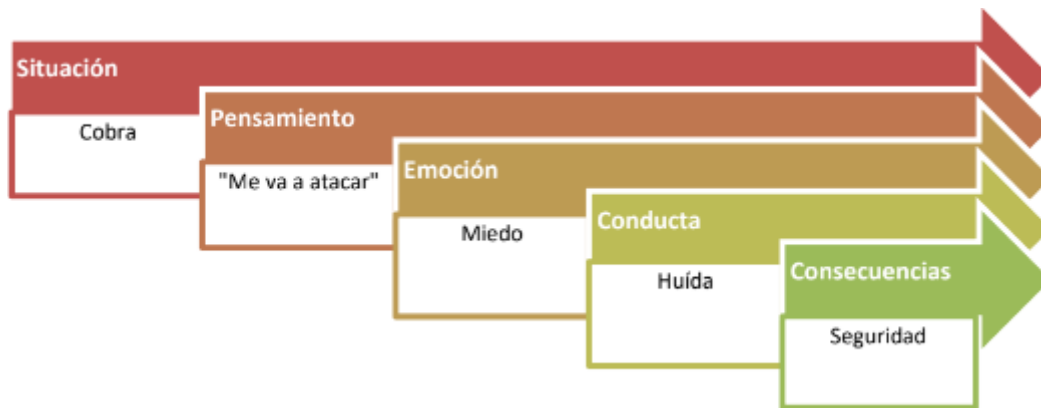
Los pensamientos: Serían las interpretaciones o explicaciones que damos de una determinada realidad situación o conducta. La manera en que interpretamos la realidad en función de nuestras vivencias anteriores. Nadie percibe la realidad tal cual es, sino en función de sus experiencias pasadas.

Las emociones: En función de la interpretación que hacemos de la realidad, se derivan ciertas emociones u otras. Es por ello que, cambiando dicha interpretación podemos disminuir o eliminar una emoción desagradable.

INTERVENCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN MUJERES QUE EJERCEN PROSTITUCIÓN

La conducta: Son los actos que realizamos en un determinado contexto, y que se producen como consecuencia de los dos anteriores factores.

Las consecuencias: Tanto a corto como a largo plazo.



Anexo 21

Relaciona los pensamientos que aparecen en la siguiente tabla con la emoción que creas que le corresponde (culpa, decepción, tristeza, desesperanza, frustración, ansiedad, inferioridad, vergüenza, miedo, ira,...) y una acción posible (conducta) al respecto:

PENSAMIENTOS	EMOCIONES	ACCIONES PROBABLES
"Alguien me está tratando de manera injusta, se aprovecha, abusa de mí. Me siento ofendido/a, maltratado/a e insultado/a"		
"Hay un peligro real e inminente para mi vida o la de mis seres queridos"		
"Puedo estar en peligro por algo con pocas posibilidades de que suceda: ¿y si se cae el avión?, ¿y si este pequeño dolor es un infarto?"		
"Mi pareja me ha abandonado, he perdido la oportunidad de rehacer mi vida"		
"Creo que he hecho el ridículo, que he metido la pata. No he estado a la altura de las exigencias"		
"Merezco un castigo por lo que he hecho"		
"Los acontecimientos no satisfacen mis expectativas. No he logrado lo que deseaba"		
"Alguien no ha hecho lo que yo esperaba que lograra"		
"Me comparo con el resto y pienso que son superiores a mí"		
"Mis problemas no se solucionarán nunca. Las cosas no mejorarán sino que irán a peor"		

Anexo 22:

Comenzará la sesión con la explicación de un conjunto de 4 capacidades útiles para gestionar nuestras emociones (Anexo 23). A continuación, se expondrán varias pautas para una buena gestión de emociones, así como mirarnos dentro sin miedo a lo que podamos encontrar, permitirnos sentir la emoción, pero de manera consciente y madura, una vez que pongamos nombre a la emoción y sepamos qué sentimos, analizar qué interpretación de la realidad ha provocado esa emoción y tomar decisiones que promuevan que el ciclo explicado en la anterior sesión desemboque con mayor dificultad en emociones desagradables (no negativas).

Para llevarlo a la práctica, se utilizará un ejemplo (Anexo 24) con preguntas que cada una responderá según su criterio y al finalizar la sesión se pondrá en común con el resto de las compañeras.

Anexo 23:

- Conciencia de mis emociones y capacidad para identificarlas y nombrarla
- La habilidad para ajustar cómo muestro mis emociones dependiendo de las circunstancias
- Comprensión de la influencia de mis emociones en mis relaciones sociales
- La capacidad de experimentar el tipo de emociones consideradas apropiadas en situaciones específicas

Anexo 24:

Describimos la siguiente situación: “Son las nueve y mi pareja aún no ha vuelto del gimnasio. Seguro que me está engañando. Me estoy enfadando bastante, creo que cuando llegue vamos a discutir”.

A continuación, analizamos qué errores se han podido dar en el proceso:

(1) Interpreto la realidad sin tener datos para ello. Es posible que mi pareja se haya entretenido en el gimnasio. ¿Podría tomar consciencia de que este pensamiento erróneo no se ajusta a la realidad y está provocando una emoción desagradable innecesariamente?

(2) ¿Estoy seguro/a de sentir rabia? ¿Es posible que la emoción real sea miedo al abandono y a la soledad?

(3) ¿Podrían existir soluciones alternativas a discutir? ¿Qué consecuencias tendrían?

Anexo 25

En primer lugar, se explicará la importancia de tener metas para el futuro, no solamente en el ámbito laboral sino en todos los aspectos de la vida. Para poder cumplir el objetivo, se realizarán dos actividades con las participantes. Por un lado, se entregará una ficha denominada “inventario de la vida” (Anexo 26) con preguntas que tendrán que responder y esto dará pie a empezar a reflexionar acerca de su situación y de ellas mismas. Por otro lado, se entregará otra ficha denominada “mi proyecto de vida” (Anexo 27) para motivar a las participantes a desarrollar un proyecto de vida relleno de: 4 metas que quieran lograr, para qué quieren lograrlas y cómo las lograrían. Al finalizar, se pondrán en común todas las metas y las justificaciones de cómo las alcanzarían para conseguir una retroalimentación entre ellas y observar que existen diferentes formas de obtener algo deseado.

Anexo 26

HOJA DE TRABAJO INVENTARIO DE LA VIDA

1. ¿Cuándo me siento totalmente vivo? ¿Cuáles son las cosas, los acontecimientos, las actividades, que me hacen sentir que realmente vale la pena vivir, que es lo maravilloso de estar vivo?
2. ¿Qué es lo que hago bien? ¿En qué puedo contribuir a la vida de los demás? ¿Qué es lo que hago bien para mi propio desarrollo y bienestar?
3. Dada mi situación actual y mis aspiraciones, ¿qué necesito aprender a hacer?
4. ¿Qué deseos debo convertir en planes? ¿Ha descartado algunos sueños por no ser realistas y que deba volver a soñar?
5. ¿Qué recursos tengo sin desarrollar o mal utilizados? Estos recursos pueden referirse a cosas materiales, a talentos personales o a amistades.
6. ¿Qué debo dejar de hacer ya?
7. ¿Qué debo empezar a hacer ya?
8. Las respuestas dadas a todas las preguntas anteriores, ¿Cómo afectan a mis planes y proyectos inmediatos para los tres próximos meses, para el próximo año?

Anexo 27

MI PROYECTO DE VIDA		
¿Qué quiero lograr?	¿Para qué lo quiero lograr?	¿Cómo lo lograré?
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.

Anexo 28

En primer lugar, se presentarán mediante Power-point una cantidad de herramientas necesarias para la búsqueda de empleo y se explicará cada una detenidamente: curriculum vitae, documento escrito de presentación personal, agenda, creación de lista de contactos, rastrear las ofertas en la prensa nacional/local, leer los boletines oficiales locales y nacionales y, por último, inscripción en las empresas de trabajo temporal. Además, se mostrarán plataformas como INAEM o INFOJOBS para esta búsqueda tanto de empleo como de cursos de formación. Según el interés de cada participante, el terapeuta entrará en estas páginas web y enseñará el procedimiento. A continuación, cada una de manera individual se pondrá delante del ordenador y buscará en la plataforma INAEM un trabajo que le motive.

Por otro lado, en cuanto a la fomentación de la motivación y habilidades, se mostrará un video denominado “ Porqué es importante la actitud” (Anexo 29) y se dejará unos minutos para compartir opiniones sobre el contenido del video. Después, se reflexionará en grupo acerca de las actitudes que nos ayudan a conseguir de manera adecuada los

mejores resultados y será importante que se queden con la frase “el conocimiento y la habilidad suman, pero la actitud multiplica”.

Anexo 29

<https://www.youtube.com/watch?v=CiIyTvJcG8U>